

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1941

THÈSE

198

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

Marie - Josèphe GRÉAUD-VIALLE

Née le 22 janvier 1913 à Murat (Corrèze)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE

L'ALCOOLISME

PAR

**CONSOMMATION EXAGÉRÉE DE VIN
DANS LA RÉGION NANTAISE**

AVEC LE PROJET D'UNE RÉGLEMENTATION NOUVELLE
DE LA FABRICATION ET DE LA VENTE
DES BOISSONS ALCOOLISÉES

Président : Léon BINET, Professeur*

PARIS

Librairie LOUIS ARNETTE

2, rue Casimir-Delavigne

1941

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1941

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

Marie - Joseph GRÉAUD-VIALLE

Née le 22 janvier 1913 à Murat (Corrèze)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE

L'ALCOOLISME

PAR

CONSOMMATION EXAGÉRÉE DE VIN
DANS LA RÉGION NANTAISE

AVEC LE PROJET D'UNE RÉGLEMENTATION NOUVELLE
DE LA FABRICATION ET DE LA VENTE
DES BOISSONS ALCOOLISÉES

Président : Léon BINET, Professeur

PARIS

Librairie LOUIS ARNETTE

2, rue Casimir-Delavigne

1941

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLERY- RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LÉVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BÉNARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique Médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	LOEPER.
	RATHERY.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	VELTER.
	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	LÉVY-SOLAL.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MOCQUOT.
Clinique thérapeutique médicale	OMBRÉDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	HARVIER.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	Pierre DUVAL.
Clinique de la tuberculose	Maurice VILLARET.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	TROISIER.
Clinique de cardiologie	MATHIEU.
Clinique de neuro-chirurgie	LAUBRY.
Assistance médico-sociale	Clovis VINCENT.
	N...
Professeurs sans chaire	HAZARD.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	GIROUD	Histologie.
BARIÉTY	Pathologie médicale.	HAGUENAU ..	Pathologie médicale.
BERNARD (E.).	Pathologie médicale.	HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
BEZANÇON (J.).	Hydrologie.	JOANNON	Hygiène.
BONNET	Bactériologie.	LACOMME	Obstétrique.
BOULANGER .	Chimie.	LANTUEJOUL..	Obstétrique.
BOULIN	Pathologie médicale.	LAVIER	Parasitologie.
BROUET	Pathologie médicale.	LELONG	Pathologie médicale.
BULLIARD ...	Histologie.	LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
CACHERA	Pathologie médicale.	LENÈGRE	Pathologie médicale.
CORDIER	Anatomie.	M ^{me} J. LÉVY..	Pharmacologie.
COSTE	Pathologie médicale.	MARCHAL ...	Pathologie médicale.
COUVELAIRE (Roger)	Urologie.	MÉNÉGAUX ..	Pathologie chirurgicale.
DELARUE ...	Anatomie pathologique.	MOLLARET ..	Pathologie médicale.
DELAY	Pathologie médicale.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
DEGREZ (H.)..	Physique.	PATEL	Pathologie chirurgicale.
DESOILLE ...	Médecine légale.	PETIT-DUTAIL- LIS	Pathologie chirurgicale.
DIGONNET ..	Obstétrique.	RENARD	Ophtalmologie.
DOGNON	Physique.	RICHET	Physiologie.
FEVRE.....	Pathologie chirurgicale.	SÉNEQUE	Pathologie chirurgicale.
FUNCK-BREN- TANO.....	Pathologie chirurgicale.	SICARD	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD ...	Parasitologie.	SOULIE	Pathologie médicale.
GARCIN	Pathologie médicale.	SUREAU	Obstétrique.
M ^{me} GAUTHIER- VILLARS ...	Anatomie pathologique.	TURPIN	Pathologie médicale.
N...	Physiologie.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale.
DE GENNES ..	Pathologie médicale.		

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.		Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.	LE LORIER ..	Obstétrique.
CHAILLEY- BERT	Physiologie.	NEVEU- LEMAIRE ..	Parasitologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.	PIEDELIEVRE.	Médecine légale.
HEITZ-BOYER.	Pathologie chirurgicale.	VAUDESCAL .	Obstétrique.
HUGUENIN....	Anatomie pathologique.		

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	Clinique médicale.	BASSET.	Clinique chirurgicale.
BRULÉ.		BROCO.	
CATHALA		CADENAT.	
CHABROL.		GATELLIER.	
CHEVALLIER		DE GAUDART	
DONZELOT.		D'ALLAINES.	
DUVOIR.		FEY.	
GASTINEL		LEVEUF.	
LAROCHE (G.).		MOULONGUET.	
MOREAU		MOURE.	
LIAN.		QUÉNU.	
SÉZARY.			
	MM.		
	ECALLE.		Clinique obstétricale.
	METZGER.		
	PORTES.		
	VIGNES.		

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
N.....	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

*Pour l'exemple de sa vie de dévouement et
de sacrifice; témoignage de ma vénération et
de ma profonde reconnaissance.*

A MON MARI

A MON FILS

A MES SŒURS

A MON FRERE

AUX MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR P. PERRIN

*Professeur suppléant d'Histologie
à l'Ecole de Médecine de Nantes
Médecin des Hôpitaux*

*Qui m'a inspiré le sujet de cette thèse et
guidé de ses précieux conseils. Témoignage de
ma profonde gratitude.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LÉON BINET

*Professeur de Physiologie à la Faculté
de Médecine*

Médecin des Hôpitaux de Paris

*Qui m'a fait le très grand honneur d'accepter
la présidence de cette thèse. Témoinage de ma
respectueuse reconnaissance.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE NANTES

STAGE

MONSIEUR LE PROFESSEUR H. LERAT (*in memoriam*)
MONSIEUR LE PROFESSEUR PICARD
MONSIEUR LE PROFESSEUR FAVREUL
MONSIEUR LE PROFESSEUR LEROUX
MONSIEUR LE PROFESSEUR G. BUREAU
MONSIEUR LE PROFESSEUR Y. BUREAU
MONSIEUR LE DOCTEUR VIEL
MONSIEUR LE PROFESSEUR GABRIEL SOURDILLE
MONSIEUR LE PROFESSEUR BRELET

En reconnaissance de leurs précieux enseignements.

A MES AUTRES MAÎTRES

MM. LES PROFESSEURS SEBILLEAU, AUVIGNE, BALLET, R. BUREAU, GIROIRE, PICHAT, ARONDEL, BOQUIEN, M. LE D^r BARON

Témoignage de respectueuse gratitude pour leurs enseignements et leurs bienveillants conseils.

A MM. LES D^{rs} CH. MIRALLIE, MOISNARD, LEGRAND, EOCHE-DUVAL, RELIQUET, COLAS, BIANCHI

A TOUS MES CAMARADES

INTRODUCTION

Les médecins ont été les premiers à dénoncer le danger croissant que l'alcoolisme fait courir à notre pays. Ces avertissements avaient jusqu'à ces derniers temps été traités avec indifférence par les pouvoirs publics. Maintenant encore ils n'ont pu convaincre, non seulement les masses populaires, mais beaucoup de milieux cultivés.

Aussi les médecins de la région nantaise (comme leurs confrères de Paris, de Lyon, de la Normandie) ont-ils dû assister impuissants à l'envahissement des services d'hôpitaux par des intoxiqués toujours plus nombreux.

En 1939, les membres de la Société Médico-Chirurgicale des Hôpitaux de Nantes ont voulu matérialiser ces faits par des statistiques portant sur les trois ou quatre années précédentes, et par une enquête à laquelle collaborèrent :

Le Professeur Sébilleau, professeur de Clinique Médicale à l'Ecole de Médecine de Nantes, le D^r Picard, professeur de Pathologie Interne, Madame Pouzin-Malègue, Médecin des Hôpitaux, Secrétaire Générale de l'Office central d'Hygiène Sociale, le Docteur Duverger, médecin des Hôpitaux, le Docteur Arondel,

Professeur suppléant à l'Ecole de Médecine, le Docteur Corman, médecin-chef des Asiles de la Loire-Inférieure, le Docteur Perrin, Professeur suppléant à l'Ecole de Médecine, le Docteur Rousseau, Médecin des Dispensaires antituberculeux de la Loire-Inférieure. Tous ces enquêteurs envisageaient en même temps les remèdes au danger pressant que leur enquête avait révélé, mais ne se dissimulaient pas les difficultés extrêmes de cette action.

Les événements récents ayant créé des conditions plus favorables, il nous a paru intéressant de reprendre les éléments de cette enquête et d'étudier les moyens de mettre sur pied une organisation de lutte vraiment efficace. Nous remercions les premiers enquêteurs qui nous ont permis d'utiliser leurs documents, en nous donnant bien souvent des renseignements complémentaires et nous faisant bénéficier de leurs critiques. Aux noms déjà cités, il nous faut ajouter celui de M. le Professeur Auvigne, Directeur de l'Ecole de Médecine, qui a bien voulu nous communiquer le texte intégral de sa communication à l'Académie de Médecine, ceux des Docteurs Yves Bureau, Ménager et Daveau à qui nous devons de précieux renseignements sur l'alcoolisme rural.

Nous devons une reconnaissance particulière à M. le Professeur P. Perrin qui nous a guidée dans la rédaction de cette thèse et à qui revient l'idée première du plan de lutte antialcoolique que nous proposons.

STATISTIQUE DE M. LE PROFESSEUR SEBILLEAU

(CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔTEL-DIEU DE NANTES)

Pendant l'année 1936 sont entrées à la salle des femmes, 56 malades atteintes de troubles éthyliques sur 432 malades soignées dans le service pendant cette même année. Sur ce nombre :

36 étaient atteintes de cirrhoses

10 de polynévrites

10 d'insuffisance hépatique et de troubles nerveux légers dûs à l'alcoolisme

Pendant l'année 1937, sur 416 entrantes, 46 malades étaient atteintes de troubles éthyliques, soit :

18 cirrhoses

20 polynévrites

8 insuffisances hépatiques et troubles nerveux légers

En 1938, sur 438 entrantes, 52 éthyliques :

25 cirrhoses

10 polynévrites

17 insuffisances hépatiques

En ce qui concerne la salle des hommes, pendant l'année 1936, sur 412 entrants, il y a eu 82 éthyliques ainsi répartis :

- 15 cirrhoses
- 10 gastrites éthyliques
- 6 polynévrites
- 8 délirium tremens
- 43 malades présentant des signes manifestes
d'imprégnation éthylique avec insuffisance hé-
patique et troubles nerveux légers

En 1937, sur 504 entrants, 101 malades étaient at-
teints de troubles éthyliques, soit :

- 15 cirrhoses
- 6 gastrites éthyliques
- 7 polynévrites
- 6 délirium tremens
- 61 imprégnés
- 2 délires alcooliques au cours d'affections pul-
monaires
- 1 éthylisme aigu

En 1938, sur 516 entrants, 122 éthyliques, soit :

- 22 cirrhoses
- 5 gastrites alcooliques
- 6 polynévrites
- 10 délirium tremens
- 65 imprégnés
- 9 délires alcooliques au cours d'affections pul-
monaires
- 6 éthylismes aigus

Il résulte de cette statistique, que, si le nombre des
femmes atteintes de troubles éthyliques n'a pas beau-

coup varié, chez les hommes le nombre des éthyliques, passe de 82 en 1936 à 122 en 1938.

Parmi les femmes, la plupart étaient des ouvrières d'usine, parmi les hommes, la plupart étaient des ouvriers. Très peu de ces malades, hommes ou femmes, buvaient de l'alcool pur ou des apéritifs. Chez presque tous, l'excès de vin parfois de cidre était en cause, le vin rouge étant le plus souvent en cause.

STATISTIQUES DE M. LE PROFESSEUR PICARD

(SALLES 23 ET 24 DE L'HÔTEL-DIEU DE NANTES)

Pour cette statistique il n'a pas été tenu compte des petits signes tels que douleur à la pression des nerfs, cauchemars, pituites matinales discrètes. Sans quoi, chez les hommes du moins, c'est la presque totalité des hospitalisés qui aurait due être retenue.

Pour plus de clarté ces alcooliques ont été répartis en quatre catégories : les cirrhoses, les polynévrites, les délirium tremens et enfin ce que l'on peut appeler les imprégnations fortes, c'est-à-dire les malades présentant outre les petits signes cités précédemment, un tremblement accusé des doigts et de la langue avec, la plupart du temps, un état mental confinant à l'hébété-tude.

Chez les femmes, nous notons :

En 1935

sur 386 malades, 13 éthyliques (9 cirrhoses)

En 1936

sur 370, 20 éthyliques (9 cirrhoses, 6 polynévrites)

En 1937

sur 369, 20 éthyliques (18 cirrhoses, 8 polynévrites)

En 1938

sur 365, 40 éthyliques (23 cirrhoses, 8 polynévrites)

Le nombre des alcooliques a donc plus que doublé en quatre ans.

Pour les hommes, le chiffre passe de 34 alcooliques sur 321 malades (1936) à 61 sur 476 en 1938 avec 15 cirrhoses, 27 imprégnations fortes et 18 délirium. A noter que pour ces derniers le nombre est très inférieur à la réalité, puisque la plupart entrent directement dans les cabinets d'isolement du service de neurologie et que les opérés en fournissent un certain nombre. (1) Par contre on aura noté que la cirrhose est désormais plus fréquente chez les femmes; elle évolue également plus vite.

L'âge moyen des malades est de 40 ans pour les imprégnés et les délirium, de 50 ans pour les cirrhotiques. Cependant les descendants d'alcooliques sont atteints plus précocement. Nous avons récemment perdu par cirrhose une jeune ouvrière de 27 ans.

Enfin, pour mieux mesurer la charge sociale imposée par l'alcoolisme, nous avons calculé le nombre de jours d'hospitalisation pour chaque catégorie et nous avons comparé ce chiffre avec celui fourni par une catégorie comportant des hospitalisations prolongées, celle des cardiaques :

En 1935, les femmes alcooliques ont coûté 283 journées d'hospitalisation, les cardiaques, 107.

(1) A Saint-Nazaire, le Docteur Jagot note une proportion considérable de déliriums parmi les opérés provenant des chantiers navals, un certain nombre étant de très jeunes gens.

En 1936, 49 journées contre 638 aux cardiaques; chez les hommes, 363 contre 137.

En 1937, les femmes alcooliques ont coûté 1.290 journées contre 637 pour les cardiopathies; les hommes 921 contre 825 (ce dernier chiffre étant presque exclusivement dû au séjour de trois cardiaques).

Enfin en 1938, les femmes alcooliques ont coûté 1.284 journées contre 851 pour les cardiaques; les hommes 1.252 journées contre 229; soit au total 5.897 journées d'hospitalisation pour les alcooliques contre 3.430 pour les cardiaques. On note également que la progression du fléau est beaucoup plus considérable qu'on ne le supposerait en ne considérant que le nombre des hospitalisés sans tenir compte de la durée de leur séjour.

Encore faut-il considérer que les cardiaqués comprennent une proportion importante de gens âgés qui de toute façon seraient à la charge de la collectivité, tandis que les alcooliques sont dans la force de l'âge.

Si nous cherchons à matérialiser cette charge par un pourcentage, nous trouvons que les journées d'hospitalisation des éthyliques qui représentaient un pourcentage de 4,82 en 1936, ont atteint en 1938 12,8 %, chiffre encore au-dessous de la réalité car il n'inclut pas les nombreux tuberculeux aggravés par un alcoolisme discret alors qu'en revanche le chiffre total des hospitalisés est artificiellement gonflé par de nombreux vieillards non malades qui attendent leur entrée à l'Asile.

STATISTIQUES DE M. LE DOCTEUR DUVERGER

(HÔTEL-DIEU, SALLES 20 ET 21)

En 1936, sur 458 malades hommes, 53 étaient des alcooliques.

sur 311 malades femmes, 50 étaient des alcooliques

En 1937, sur 460 malades hommes, 55 étaient des alcooliques.

sur 391 malades femmes, 43 étaient des alcooliques

En 1938, sur 469 malades hommes, 78 étaient des alcooliques.

sur 387 malades femmes, 38 étaient des alcooliques.

Soit 186 alcooliques sur 1.387 hommes et 131 sur 1.089 femmes, ou pour l'ensemble du service, 317 alcooliques sur 2.476 malades, soit un pourcentage de 12,8 %.

A propos de ces chiffres, il convient de faire remarquer qu'ils ne comprennent pas les malades traités pour une affection quelconque, chez lesquels l'examen révélait des signes d'alcoolisme. En réalité les signes d'imprégnation (hypertrophie du foie, tremulation, troubles dyspeptiques, douleur à la pression des nerfs) se rencontrent chez les trois quarts des hommes et chez le tiers des femmes.

Les principales manifestations morbides qui ont justifié l'hospitalisation des malades ont été les suivantes :

Cirrhoses : 46 hommes, 48 femmes, total 94

Délires : 25 hommes, 19 femmes, total 44

Gastrites : 24 hommes, 2 femmes, total 26

Hémathémèses : 11 hommes, 3 femmes, total 14.

Polynévrites : 6 hommes, 26 femmes, total 32.

Le nombre des décès a été de 36 décès sur 317 alcooliques. Ce chiffre, trop faible, ne donne pas une image fidèle de la réalité, car nombre de moribonds ont été emmenés par leur famille; plusieurs grands agités ont dû être amenés au service d'isolement et y sont décédés.

L'âge moyen des alcooliques hospitalisés était de 52 ans pour les hommes, 49 ans pour les femmes.

Sous quelle forme l'alcool est-il consommé par cette clientèle hospitalière ?

Le plus habituellement sous forme de vin. Pour les ruraux, vin blanc de pays, avec un peu d'eau-de-vie de bouilleur de crû. Pour les citadins, vin rouge, parce ce qu'il titre davantage que nos vins de pays.

Quant à la quantité, la plupart se refusent à la préciser, déclarant « boire comme tout le monde ». Les autres avouent plusieurs litres quotidiens.

Nombre de journées d'hospitalisation des alcooliques :

en 1936, 598

en 1937, 674

en 1938, 976

soit 2.247 journées en trois ans pour un service de 28 lits (ce calcul n'ayant été fait que pour les hommes) ce qui représente pour le traitement de ces hommes alcooliques la somme de 78.728 francs, à un âge, la cinquantaine, où l'individu normal est encore en pleine activité.

Ce chiffre serait plus éloquent si on le multipliait par le nombre que représentent toutes les salles de malades de France et les asiles d'aliénés et si on ajoutait les frais du traitement à domicile de nombreux malades assistés.

ALCOOLISME ET SYSTÈME NERVEUX (1)

« Lorsqu'on dose l'alcool comparativement dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien d'un homme ivre, on en trouve une plus grande quantité dans le liquide céphalo-rachidien que dans le sang, comme s'il y avait entre la substance nerveuse et l'alcool une attraction spéciale. »

(Dr CORMAN).

Les quelques cas de polynévrite ou de délirium tremens figurant dans les statistiques précédentes ne sauraient donner une idée, même atténuée, de l'importance de l'atteinte du système nerveux par l'alcool.

D'abord la plupart des affections du système nerveux sont dirigées sur les services spécialisés où les affections d'origine alcoolique représentent 20 % de l'effectif. Le Dr Giroire qui nous a fourni ce chiffre nous disait que les cabinets d'isolement réservés aux cas de délirium tremens sont constamment occupés, et qu'il en faudrait bien davantage, car ajoutait-il plaisamment, en été surtout nous « refusons du monde ».

(1) Documents fournis par les docteurs Corman et Giroire.

Il en est de même dans les services de psychiâtrie où, chez les hommes, délirium et démence alcoolique représentent *le tiers* des entrées.

Mais les conséquences de l'atteinte du système nerveux par l'alcool dépassent de beaucoup le simple fait médical. Les répercussions sociales en sont infiniment plus étendues et plus graves. Citons les accidents divers dûs à l'alcoolisme, les crimes des alcooliques, et surtout une atteinte mentale des buveurs d'habitude atteignant une proportion extrêmement importante de la population avec pour conséquence la désorganisation de la famille et bientôt de la société.

La part de l'alcoolisme dans les accidents du travail et de la rue est très considérable. En ce qui concerne le travail, on ne s'en étonne pas lorsqu'en connaît le résultat des études psycho-techniques sur l'action de l'alcool (4 verres de bière diminuent de 30 % la précision du tir; cette dose augmente de 20 % le temps de marche en montagne. — Statistique de l'armée des U.S.A.). Pour les accidents d'automobiles, le fait est également tellement net que, dans de nombreux pays la recherche de l'alcool dans le sang des auteurs et victimes de ces accidents a été rendue obligatoire.

En ce qui concerne la criminalité, dès 1910, L. Barthou signalait que 38 % des coups et blessures étaient dûs à l'alcoolisme, de même que 29 % des meurtres et 33 % des viols ou attentats à la pudeur. Lombroso notait également que 58 % des crimes étaient commis

le dimanche soir. Les internes en médecine savent également très bien que les gardes sont beaucoup plus chargées dans les nuits du samedi et du dimanche. Ainsi que le dit le D^r Corman « c'est au Tribunal correctionnel ou à la Cour d'Assises que l'on voit l'alcoolique dans les débuts. Plus tard c'est à l'Asile. »

Mais, encore une fois, polynévritiques, délirants, déments, dont le nombre croît chaque jour, ne constituent qu'une exception parmi les buveurs. Un fait essentiellement méconnu du public est précisément que « l'habitude de boire avec abus est d'autant plus dangereuse qu'elle détermine moins souvent l'ivresse ». (Corman). Car l'ivresse est jusqu'à un certain point une réaction de défense qui arrête l'absorption; d'autre part, l'ivresse constitue une tare sociale (relative) que nombre d'individus cherchent à éviter. Une alcoolisation constante et modérée, qui laisse à l'individu tout son prestige social et en apparence une santé intacte réalisera une imprégnation continue des centres cérébraux, entraînant une altération extrêmement importante du comportement moral et cela bien avant que n'apparaisse le déficit intellectuel. Or ce type d'alcoolisme, justement parce qu'il respecte le prestige social, atteindra, non seulement l'ouvrier et le paysan, mais les classes moyennes et élevées, le commerçant, l'intellectuel, l'homme politique.

Tout le monde connaît la mentalité du buveur au stade avancé de l'intoxication : Son intelligence subit une diminution allant jusqu'à l'abrutissement; sa volonté, débile, ne lui permet pas de résister aux im-

pulsions, ni aux influences les plus fâcheuses. Il y résiste d'autant moins que son sens moral est fort émoussé; il se désintéresse de son travail, de sa famille qui subit l'effet de ses colères pathologiques, allant parfois jusqu'au crime.

Mais ce que l'on connaît moins, c'est le stade initial de cette atteinte cérébrale, qui est pourtant infiniment plus répandu, puisqu'en somme la plupart des buveurs d'habitude en présentent les stigmates.

Le Dr Corman précise que malgré l'excitation apparente avec loquacité, gestes vifs, en imposant pour une stimulation de l'intelligence, l'action primaire de l'alcool est déjà une paralysie; celle des centres nerveux supérieurs, de ceux qui commandent la conscience et le contrôle volontaire. D'où libération des instincts égoïstes et baisse de la valeur morale. A noter que cette excitation combinée à une diminution du contrôle entraîne souvent chez le buveur un certain contentement de lui-même. C'est également cela qui explique la croyance à l'action favorable de l'alcool sur le rendement du travail. Mais les expériences de psychotechnique font justice de cette légende en décelant la diminution du rendement et encore plus de la précision.

Cette atteinte mentale d'une proportion extrêmement importante de la population nous a semblé avoir été pour beaucoup dans notre désastre : Manque de conscience professionnelle, manque d'esprit critique, paresse et contentement de soi à bon compte, recherche exclusive de la jouissance — tels sont les

stigmates mentaux du buveur d'habitude — tels sont aussi les éléments dominants de la mentalité de l'entre-deux guerres, trouvant d'ailleurs sa justification dans les certitudes matérialistes de nombre de faux savants.

Une atteinte mentale et morale si grave et d'une telle étendue risque de compromettre tout espoir de relèvement du pays. C'est pourquoi le petit alcoolisme démoralisateur doit être pourchassé impitoyablement si l'on veut que les Français retrouvent la conscience professionnelle et l'ardeur au travail ainsi que les vertus familiales qui ont fait la force du pays dans le passé.

ALCOOLISME ET TUBERCULOSE (1)

« La phthisie se prend sur le zinc »

HAYEM et LANDOUZY.

« Dans un service d'hommes tuberculeux, il est difficile de ne pas voir une relation entre l'alcoolisme et la tuberculose », nous dit Madame le Dr Pouzin-Malègue et nous ne croyons pas qu'il se trouve un seul phthisiologue pour dire le contraire. Et que l'on ne parle pas de coïncidence. L'observation prolongée des malades montre qu'à l'exception des jeunes (combien d'hérédo-alcooliques parmi eux) les rechutes se voient surtout chez les intempérants. Ceci est encore plus net chez les malades traités par le pneumothorax : « Alors qu'une femme qui a dépassé la période critique des 18 premiers mois restera définitivement guérie dans la plupart des cas, les rechutes tardives sont relativement fréquentes chez l'homme; elles frappent à peu près exclusivement des alcooliques. » (Dr Perrin).

Les constatations faites à l'Hôpital sont amplement corroborées par celles que l'on peut faire au Dispen-

(1) Documents fournis par les docteurs Pouzin-Malègue, Perrin et Rousseau.

saire, avec cet avantage que la collaboration de l'infirmière visiteuse permet beaucoup mieux de dépister les intoxications inavouées. Le Dr Rousseau signale, lui aussi, le nombre prodigieux des débits de campagne, les commerçants les plus divers en ajoutant un à leur commerce principal. Et c'est là que les malades attendent le médecin qui les en voit sortir à l'heure de la consultation. Le Dr Rousseau fait lui aussi remarquer que maintenant la tuberculose pulmonaire apparaît souvent entre 30 et 40 sans se justifier par un surmenage particulier comme au début de l'apprentissage, mais bien parce qu'alors la déchéance due à l'alcool se précipite.

Une autre preuve nous est apportée par le parallélisme saisissant entre les chiffres de la consommation d'alcool et ceux de la mortalité tuberculeuse. Celle-ci a son maximum en Bretagne et en Normandie, provinces où la consommation des boissons alcoolisées est la plus élevée.

Dans un même pays l'évolution des deux fléaux est parallèle. En Angleterre, en Allemagne, dans les pays Scandinaves, partout où des statistiques ont pu être faites, le même phénomène a été observé: Nous ne pouvons reproduire tous les chiffres cités par Madame Pouzin-Malègue dans son Rapport au Congrès anti-alcoolique de l'Ouest. Rappelons que le Danemark, qui était en 1876 le plus alcoolisé du monde avait vu en 1913 sa mortalité tuberculeuse tomber de 60 %, ce qui était exactement le pourcentage dont sa consommation alcoolique avait baissé. Sans pouvoir

citer de chiffres, nous croyons pouvoir affirmer que ces progrès se sont encore accentués depuis. Même évolution en Suède, où autrefois tout adulte buvait quotidiennement $1/3$ de litre d'alcool à 50° et où actuellement *plus de la moitié des communes rurales ne possèdent aucun débit !*

Cette influence de l'alcool apparaît aussi éclatante si l'on considère la fréquence de la tuberculose dans les diverses professions.

Dans une statistique anglaise des morts par tuberculose portant sur trois années, on trouve entre autres : 67 clergymen, 79 cultivateurs, 105 médecins, 352 garçons de cabaret dans les districts agricoles. 607 garçons de cabaret à Londres. Donc, pendant que 67 clergymen et 105 médecins meurent de tuberculose, celle-ci tue 607 garçons de cabaret. E. Jacquet, qui rapporte ces chiffres, ajoute plaisamment : « et songez maintenant à ce que deviendrait l'écart si tous les médecins étaient sobres, ce que je n'ose garantir. »

Mais ce ne sont là que des chiffres bruts que l'on pourrait critiquer. Bertillon les a repris en comparant le décès par tuberculose de 100.000 cabaretiers à celui de 100.000 boutiquiers quelconques. Or, de 25 à 55 ans on n'observe que 904 décès parmi les boutiquiers, contre 1.689 chez les cabaretiers.

L'influence prédisposante de l'alcoolisme sur l'éclosion de la tuberculose est donc indiscutable.

Mais ce n'est pas tout : non seulement l'alcoolisme favorise l'apparition de la tuberculose, mais elle en

entrave et presque toujours empêche la guérison. C'est qu'il entraîne une triple déchéance que le docteur Rousseau a fort bien schématisée : déchéance physique, déchéance morale et intellectuelle, déchéance financière enfin.

La déchéance physique est particulièrement évidente en ce qui concerne l'appareil digestif. « Les trois-quarts des malades hospitalisés dans un service de tuberculeux se plaignent de troubles digestifs », nous dit Madame Malègue qui fait remarquer que la restriction alimentaire à laquelle le buveur en arrive le plus souvent, aboutit à une carence en vitamine B dont il aurait au contraire un besoin surabondant pour utiliser l'alcool-aliment avec le minimum d'inconvénients. A ce manque de vitamines s'ajoutent des troubles dûs à la gastrite et surtout une atteinte profonde du foie dont il est souvent facile de démontrer l'antériorité par rapport au début de la poussée tuberculeuse. Quoi qu'il en soit, un appareil digestif intact est une condition indispensable pour guérir la tuberculose et notre alcoolique ne l'a plus. Sans appétit, vomissant dès qu'il tousse, torturé par les coliques et la diarrhée, il s'achemine plus ou moins rapidement vers sa fin, hâtée quelquefois par une cirrhose aiguë.

La déchéance morale et intellectuelle, sur laquelle nous avons insisté dans un autre chapitre est un obstacle aussi sérieux à la guérison. Trop obnubilé pour comprendre la gravité de sa situation et pour collaborer avec intelligence au traitement, trop déchu moralement pour y apporter l'énergie nécessaire, le

tuberculeux alcoolique se garde bien de renoncer à ses dangereuses habitudes, jusque dans le Sanatorium où le vin, objet de convoitise de la plupart des malades, est la cause la plus fréquente des actes d'indiscipline, individuels ou collectifs.

Enfin l'argent que le malade a laissé au cafetier et qu'il lui laisse encore lui manque cruellement pour se soigner. Il n'aura souvent pas même de quoi se nourrir convenablement. Sa famille qu'il a souvent réduit à la misère ne pourra l'aider; elle sera une fois de plus sa victime, lorsque dans le logement trop étroit, un taudis souvent, il sèmera tout autour de lui le mortel bacille.

Bien peu arrivent à surmonter ce triple obstacle et l'on peut conclure avec le Dr Rousseau qu'il « est à peu près impossible de guérir un tuberculeux alcoolique. »

L'ALCOOLISME ET L'ENFANT ⁽¹⁾

Les enfants d'alcooliques fournissent plus de morts que les enfants des syphilitiques et des tuberculeux.

Pr. ARONDEL.

A. - HEREDITE ALCOOLIQUE

Les alcooliques ayant assez souvent beaucoup d'enfants on pourrait penser que par le nombre, au moins, ils servent la cause de la repopulation.

En fait celà est à peine vrai, beaucoup de ces enfants mourant jeunes et on ne peut que s'en réjouir lorsque l'on considère la dégénérescence habituelle des survivants; d'une façon générale, les enfants d'alcoolique ne résistent pas aux infections; le taudis, l'alimentation mal comprise, le manque de soins éclairés font le reste. Nourrissons, ils sont emportés par la gastro-entérite, enfants plus grands, par les complications des fièvres éruptives; enfin et à tout âge, par la tuberculose.

Ceux qui échappent se développent mal, et beaucoup d'entre eux sont des anormaux. Le Dr Arondel

(1) Documents fournis par les docteurs Arondel, Corman, Davaeu et Ch. Ménager.

cite une famille de trois enfants nés de parents alcooliques. Tous trois sont des arriérés inéducables.

« Les choses se passent comme si ces enfants d'alcooliques avaient des organes tarés (foie, reins, cerveau, glandes endocrines) ne leur fournissant pas les ressources nécessaires au développement et encore moins les moyens de défense contre la maladie. » (Arondel.)

Ceux, même qui sont nés assez tôt pour échapper en apparence à cette dégénérescence héréditaire, présentent une sensibilité particulière à l'alcool et souvent une appétence particulière pour lui, ce qui en fait une proie désignée pour l'alcoolisme acquis.

B. - ALCOOLISME ACQUIS DE L'ENFANT

En effet, en Bretagne comme en Normandie, l'alcoolisme acquis de l'enfant est bien loin d'être une rareté. Si à la ville il est peu fréquent tant que la mère ne partage pas les mauvaises habitudes du père, dans bien des districts campagnards, il tend peu à peu à devenir la règle.

Avant même de pouvoir comprendre, l'enfant est livré à l'intoxication. Sous prétexte de tuer les vers, d'obtenir un meilleur sommeil, mais en réalité pour ne pas être dérangée par son nourrisson, la mère additionne d'eau-de-vie le lait du biberon.

Plus tard, l'écolier, encore tout petit, est entraîné à boire. Au retour de l'école, le père l'entraîne au

cellier, trouvant qu'un verre de vin est la meilleure récompense pour le travail de l'enfant. Il est tout fier quand celui-ci y prend goût et « porte bien la boisson ».

Le temps passé à l'école n'est même pas perdu pour cet entraînement bien spécial. Pour le repas de midi, « la mère donne à son enfant un panier dont il mangera le contenu, souvent assez maigre du reste ; naturellement, il faut de la boisson, le plus souvent ce sera du vin pur et une assez grande bouteille, parfois un demi-litre qui sera vidé jusqu'à la dernière goutte ». Le docteur Ch. Ménager, à qui nous empruntons cette citation, nous raconte aussi l'histoire de cet instituteur qui, trouvant que ses plus jeunes élèves buvaient du vin pur en trop grande quantité et ayant en vain averti les familles, avait pris le parti de vider au ruisseau la moitié du Noah fourni à ses élèves pour le remplacer par une quantité d'eau équivalente. Les parents prirent très mal la chose et vinrent traiter de voleur celui qui voulait seulement les empêcher d'empoisonner leurs propres enfants.

Après l'âge scolaire, les garçons et les jeunes gens qui se mettent à travailler la terre boivent comme les hommes, alors qu'ils n'ont pas leur résistance.

« D'autre part, ces jeunes gens boivent souvent ensemble et une sorte d'émulation les pousse à faire mieux que le voisin ; c'est ainsi que nous avons pu voir, à plusieurs reprises, de véritables intoxications

alcooliques allant jusqu'au coma chez plusieurs jeunes gens. » (Ménager.)

Aussi voit-on beaucoup de jeunes gens de moins de 20 ans tout à fait abrutis par l'alcool et les crises de délirium ne sont par rares chez eux.

A la ville, il n'en est pas tout à fait de même. L'enfant très jeune boit trop tôt du vin pur et, même, le dimanche, des apéritifs. Mais si la mère n'est pas alcoolique, le véritable danger ne commence qu'avec l'apprentissage. Les ouvriers plus âgés se font un point d'honneur d'initier l'apprenti et, hélas ! à tous les points de vue, mais principalement à l'obligation de prendre une « chopine » à chaque arrêt de travail.

Ce que nous avons dit de l'alcoolisme mental a aussi ses conséquences au point de vue de l'hérédité. Le docteur Corman signale que beaucoup de ses malades déments précoces ou délirants chroniques sont des hérédo-alcooliques.

Sans aller plus loin, il est certain que de génération en génération, la mentalité du buveur d'habitude transmet ses tares aux descendants préparant une humanité égoïste, jouisseuse, naïvement immorale, incurieuse de tout, sauf du fait-divers, toute prête à sombrer dans l'abrutissement et la barbarie finale à laquelle viendra heureusement mettre fin une stérilité voulue et définitive.

Les ARGUMENTS des DÉFENSEURS du VIN

*« Le vin naturel n'engendre pas l'alcoolisme ;
il constitue le meilleur remède préventif contre le
fléau. »*

Paul A.-G. MARTIN (Thèse Bordeaux 1933).

Les arguments des défenseurs du vin sont au nombre de deux :

1° Expérimentalement, le vin ne réalise pas les lésions bien connues de l'alcoolisme ;

2° L'alcoolisme chronique est très rare dans les pays vinicoles.

Voyons ce qu'il faut penser de ces deux propositions.

1° L'alcool de vin aurait une nocivité bien moindre que les autres, non seulement du fait de sa dilution, mais du fait de sa nature même. Certains vont jusqu'à dire que « l'ivrogne du vin a le visage épanoui et enluminé, les yeux brillants, l'humeur joviale ; ses paroles incohérentes sont plutôt gaies ; il ouvre les bras à ses compagnons plutôt qu'il ne les repousse ; l'ivrogne des boissons alcoolisés a les traits durs et contractés, le visage pâle, les yeux atones ou hagards ;

sa bouche pincée profère des insultes et des menaces; il est violent, bouscule et frappe son entourage » (Pousson, cité par Martin). Un parallèle aussi enfantin est réfuté suffisamment par le bon sens populaire qui, de tous temps, a reconnu des individus ayant « le vin triste » ou « le vin mauvais », ce qui prouve que la question de terrain mental joue ici un rôle important. Et peut-être aussi l'ancienneté de l'intoxication, l'optimisme étant plutôt un phénomène de début. Enfin, les crimes crapuleux sont assez fréquents chez les buveurs de vin dans notre région pour que nous considérions la question comme jugée en ce qui concerne l'influence heureuse de l'abus du vin sur la paix familiale et sociale.

En ce qui concerne l'expérimentation chez l'animal, nous serons beaux joueurs et prendrons exclusivement nos exemples dans la thèse d'un chaud partisan de l'innocuité et même de la bienfaisance du vin, le docteur Martin, que nous avons déjà cité en épigraphe :

« En 1930, des expériences faites sur des lapins par MM. les professeurs Mauriac et Aubertin (de Bordeaux) ont confirmé celle des auteurs précédents. Au cours de leurs recherches sur l'influence que peut exercer le B. C. G. sur certains processus physiologiques, ces auteurs ont donné quotidiennement à des lapins et pendant plusieurs mois, 20 cc. de vin dans l'estomac par sonde œsophagienne — *cette dose correspondant à un litre environ pour un homme normal* (c'est nous qui soulignons). — Les animaux ont

présenté un état de santé apparent merveilleux, avec un certain embonpoint et une augmentation de poids souvent considérable. »

« Mais, nous objectera-t-on, pourquoi le vin a-t-il créé des lésions gastriques dans les expériences de Hayem et Théoari et même des lésions hépatiques dans celles du docteur Lafitte ? A cela, nous répondrons que MM. Hayem et Théoari ont employé des doses beaucoup trop fortes, puisqu'elles correspondaient à *4 litres pour un homme*. Quant au docteur Lafitte, nous pouvons dire que les doses utilisées par lui étaient astronomiques... *pour un homme de 70 kilogrammes, des doses allant de 3 litres et demi à 11 litres par jour*. Ce qui est étonnant, c'est que le lapin ait résisté pendant si longtemps. »

L'étonnement du docteur Martin prouve l'insuffisance de sa documentation. S'il avait enquêté dans notre région, il aurait appris que la dose quotidienne de quatre litres ne paraissait pas excessive à nos ouvriers ou nos cultivateurs, et il aurait pu trouver encore en vie après six mois et infiniment plus, des buveurs atteignant leurs 8 à 10 litres par jour. Mais il n'aurait sans doute pas été étonné en trouvant, chez eux, les signes évidents de l'alcoolisme.

2° En revanche, dans le Bordelais et la Narbonnaise, notre confrère n'aurait trouvé qu'un nombre infime d'alcooliques chroniques. Nous voulons bien le croire dans l'ensemble, bien que la recherche des signes d'imprégnation semble avoir été faite par lui avec un aimable parti-pris d'indulgence. N'est-ce pas

un peu une naïveté à la Jean-Jacques, après avoir constaté du tremblement des mains, de dire : « Si les travailleurs ont une écriture un peu tremblée, s'ils sont malhabiles à manier la plume, cela tient au manque de pratique, habitués qu'ils sont à manier la bêche ou à conduire la charrue »

Mais considérons comme un point acquis que l'alcoolisme des buveurs de vin est exceptionnel dans les régions méridionales. Les auteurs qui se sont occupés de la question n'avaient pas le droit d'en déduire, comme récemment le professeur Cruchet, que l'alcoolisme des buveurs de vin n'existe nulle part.

Un fait est un fait, et aucune théorie ne doit prévaloir contre lui. Il y a, dans la région de la Basse-Loire, un alcoolisme des buveurs de vin dont la progression constante fait peser sur l'avenir de la race une menace prochaine et terrible.

Ce fait n'est nullement incompatible avec les affirmations des médecins bordelais, tant qu'ils ne généralisent pas abusivement des constatations exactes. Il est certain qu'une dose quotidienne d'un litre de vin n'est pas nocive pour un travailleur adulte. Ils ne nous contestent pas qu'une dose de trois à dix litres doit entraîner des désordres graves. Mais dans le Midi, ces doses sont rarement atteintes, tandis qu'elles sont la règle dans notre région.

Le problème pratique de la lutte anti-alcoolique sera donc, pour nous, totalement différent et pourra

même nous amener à nous défendre contre l'invasion de notre pays par l'excès de la production méridionale que les producteurs eux-mêmes ont la sagesse de se refuser à absorber.

LES CONSÉQUENCES ÉCONOMIQUES DE L'ALCOOLISME

A. - POUR LE BUVEUR ET SA FAMILLE

Même lorsque l'alcoolique n'est pas encore un malade et qu'il travaille régulièrement, l'argent dépensé pour l'achat des boissons alcoolisées grève lourdement le budget de la famille.

Mme Malègue cite le cas d'un tuberculeux, peintre de 34 ans qui, depuis l'âge de 19 ans, buvait 2 litres de vin par jour en hiver, et 3 litres en été. Cet homme fut tout étonné d'apprendre qu'il avait bu 15.000 litres dans cet intervalle de temps et navré de savoir qu'il avait ainsi dépensé 30.000 francs, somme qu'il aurait bien désiré posséder encore.

Notons bien qu'il s'agissait là d'un buveur fort moyen. Que dire de ceux qui avouent 4 à 6 litres par jour et souvent se croient obligés de faire un « extra » le jour de la « paye ». Celle-ci ne parvient souvent à la ménagère que fortement diminuée. Mathieu cite le cas de ce marin long-courrier qui, débarqué au Havre avec une solde de 400 francs (or), avait

dépensé, au bout de deux jours, 396 francs en spiritueux, soit sept francs par heure !

Mais, malgré quelques exemples toujours cités, un alcoolique reste rarement en bonne santé jusqu'à un âge avancé. Lorsqu'il tombe malade, il laisse sa famille sans ressources, à moins que sa femme puisse travailler. Même alors, il est de règle qu'il prélève sur ce maigre salaire une somme notable pour continuer à satisfaire sa passion. Finalement, c'est la misère et souvent la maladie pour tous.

B. - POUR LES COLLECTIVITES

Les statistiques que nous avons reproduites donnent déjà une idée de la charge énorme que représente l'hospitalisation des malades alcooliques. En 1938, et en ne comptant que les hommes, on arrive au total de 3.950 journées à 40 francs pour la médecine générale, soit 158.000 francs ; à 1.315 journées pour le service de neurologie, soit 52.600 francs ; enfin, à 190.000 francs pour les aliénés-hommes, bien que la journée ne soit qu'à 18 francs. Au total, 400.600 francs en un an pour 125 hommes alcooliques seulement.

Pour donner une idée exacte de ce que l'alcoolisme coûte au département, il faudrait tenir compte des autres hospitalisés tuberculeux hommes et femmes, accidentés du travail ou du droit commun, dont l'accident est directement ou indirectement la conséquence de l'alcoolisme, enfants dégénérés par

suite de l'alcoolisme des parents, etc... Il faudrait encore savoir ce que coûtent les malades assistés à domicile ; tenir compte des frais de justice nécessités par tous les crimes et délits des alcooliques.

Enfin, pour savoir ce que l'alcool coûte à la France, il faudrait y ajouter la charge qui pèse sur tous les autres départements, qui, pour certains d'entre eux, doit être égale, quelquefois moindre, rarement plus lourde si on en excepte de très grandes villes comme Paris, Lyon, etc... Il serait même nécessaire de tenir compte de la diminution de rendement du haut en bas de l'échelle sociale, voire sur le plan national d'erreurs politiques dont les énormes conséquences économiques sont impossibles à évaluer.

Il est donc évident que l'alcoolisme coûte aux communes, aux départements et à l'Etat, infiniment plus que ne peuvent leur rapporter les impôts sur l'alcool et les patentes des divers commerçants et débitants.

D'ailleurs, leur coûterait-il moins que la perte en valeurs humaines, irréparable celle-là, mériterait que fût entrepris un combat énergique contre le fléau.

DES DIVERSES CATÉGORIES DE BUVEURS

Même si nous ne considérons que les buveurs de vin, il serait inexact de croire que leurs excès relèvent des mêmes causes. Connaître celle-ci n'est pas indifférent pour y adapter notre action prophylactique. Nous pouvons distinguer grossièrement les catégories suivantes :

1° *L'alcoolisme impulsif du dégénéré potomane ;*

2° *L'alcoolisme professionnel :*

a) de l'ouvrier qui croit plus ou moins sincèrement le vin nécessaire au travail ;

b) du commerçant qui doit boire avec le client pour « faire affaire ». A cette catégorie, appartiennent les placiers et aussi les cafetiers ;

c) de ce que nous appellerons le travailleur intermittent ; employé de chemin de fer qui fait apporter une bouteille entre deux trains ; de l'employé de tramways qui, à chaque terminus, entre au café pour attendre le prochain départ.

3° *L'alcoolisme des loisirs.* L'ouvrier, l'employé ne savent, le plus souvent, que faire de leurs loisirs ; ils les passent au café, comme en témoignent les

armées de bicyclettes qui en encombrement le trottoir sitôt la sortie de l'usine.

L'alcoolisme ouvrier est d'ailleurs complexe. Le taudis joue un rôle non négligeable en portant le travailleur à se réfugier au cabaret. Il en est de même de l'incapacité ménagère de la femme de plus en plus fréquente à mesure que la futilité croissante de la jeune ouvrière lui fait négliger davantage la préparation à ses tâches futures. Enfin, si la femme suit le mari au café, les pires conditions se trouvent réalisées. Si bien qu'en présence du complexe taudis-alcoolisme, il devient difficile de savoir quel fut le fait initial.

4° *L'alcoolisme des classes aisées* relève le plus souvent du même mécanisme que celui des loisirs ; il peut être, au début, une forme de la gourmandise ; il peut aussi relever de la gloriole de bien boire. L'alcoolisme de l'étudiant appartient surtout à cette catégorie.

5° *L'alcoolisme du récoltant* et plus généralement du campagnard. La barrique est là, à la portée de la main, tout le vin qui n'a pas été vendu, que parfois on n'avait pas le droit de vendre (Noah). On en emporte quelques litres aux champs. Chaque fois que l'on repasse près du cellier, on entre en absorber deux ou trois verres. Sous le plus léger prétexte, on invite tel ou tel voisin, on régale tel ou tel visiteur. Et à la fin de la journée, cela se chiffre par 20, 30 et parfois 80 verres (8 au litre) qu'on ne songerait même

pas à compter si le médecin alerté par un symptôme révélateur ne vous le demandait.

Il va sans dire que la misère et le taudis ne sont pas inconnus à la campagne ; « l'alimentation y est souvent défectueuse. Chez certains ruraux où l'on boit beaucoup, on ne fait même plus de soupe. » (Mme Malègue.)

Nous consacrerons plusieurs chapitres aux moyens de lutte, mais il est déjà possible d'entrevoir, à la lumière de ce que nous venons de dire, que ceux qui sont efficaces pour une catégorie de buveurs, ne le seront pas pour une autre.

Le représentant de commerce, qui ne boit souvent qu'à contre-cœur, est déjà docile assez volontiers aux prescriptions de son médecin. La persuasion, l'éducation pourront sans doute beaucoup pour enrayer l'alcoolisme du travail. Leur action sera complétée par la destruction des taudis et l'utilisation intelligente des loisirs. Par contre, en ce qui concerne l'alcoolisme du récoltant, la tentation restera trop grande tant que de nombreuses barriques resteront à portée du buveur. Un procédé de lutte ne sera efficace que s'il ne laisse à sa disposition que la quantité nécessaire à une consommation familiale raisonnable.

Quant au dégénéré impulsif, il est inéducable et, seul, l'asile de buveurs peut l'empêcher de se détruire la santé et de devenir chaque jour plus dangereux pour la société.

LES OBSTACLES A LA LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME

Les obstacles rencontrés dans la lutte anti-alcoolique sont de deux ordres : des intérêts et des éléments psychologiques.

Les intérêts sont évidents ; ce sont ceux d'un très grand nombre de Français et ils exercent une telle pression qu'aucun gouvernement issu du suffrage universel et responsable devant lui n'a jamais pu imposer d'une façon durable une mesure quelconque susceptible de diminuer la consommation d'alcool. La presse, seule, eut pu exercer une contre-pression efficace, mais outre qu'elle tenait à ne pas mécontenter de nombreux lecteurs, elle vivait de la publicité des apéritifs et des liqueurs autant que du charlatanisme médico-pharmaceutique. La presse faisait donc le silence sur l'effrayante progression de l'alcoolisme en France. A l'exception des journaux professionnels, pas une feuille, à ma connaissance, ne mentionna les rapports suggestifs, par lesquels, peu avant la guerre, des médecins des régions les plus diverses avaient cherché à attirer l'attention sur la gravité croissante du fléau. Depuis, les choses n'ont guère

changé, à part la disparition de la publicité des apéritifs, à l'effort louable de quelques feuilles isolées. Après la promulgation de la nouvelle loi anti-alcoolique, le « Temps » s'est même empressé de souligner que le vin était épargné, en affirmant que le vin « n'était pour rien dans la progression de l'alcoolisme ».

Des éléments psychologiques importants viennent au secours des intérêts qui savent bien en jouer dès qu'ils se sentent menacés.

Parmi eux, le premier, sinon le plus important, est la gloriole de bien boire, ce qui serait, paraît-il, une qualité bien française. Kessel considère que pour être un « véritable aviateur », il faut boire et jouer. Milian qui cite cette opinion donnait, avant la guerre, des chiffres ahurissants sur la consommation en alcool des officiers et sous-officiers aviateurs : soit mensuellement cinq litres de vin-apéritif, un litre de fine ou d'eau-de-vie, un litre de liqueur, sans compter le litre de vin quotidien des repas. Milian considère qu'une partie des accidents relève de cet état de choses. On n'a pas de peine à l'en croire, mais ce n'est pas la peine de faire une sélection si sévère à l'entrée pour laisser ensuite les pilotes détériorer à plaisir leur système nerveux.

L'indulgence au pochard est d'ailleurs quasi-universelle. On le trouve drôle, alors même qu'il n'est que répugnant, en donnant le spectacle pénible de la dégradation et de la bestialité. Dans une ville voisine,

la police sera prise à parti par la foule si elle essaye d'arrêter un ivrogne, quoi qu'il ait fait.

Un pas de plus et l'on passe de l'indulgence à l'admiration. Dans beaucoup de villages de notre région, nous dit Mme Malègue, les jeunes filles ne voudraient pas pour mari d'un garçon qui ne boit pas : « ce n'est pas un homme ».

Un autre aspect de cette « mystique » de l'alcool est l'idée que l'alcool est nécessaire au travail physique. Il est vrai que sont un peu responsables les physiologistes qui, se basant sur des équivalences simplistes, ont lancé l'idée de l'alcool-aliment. Des travaux plus récents, en particulier ceux de Le Breton et Simonin, ont tous montré que l'alcool est très mal utilisé par le muscle. D'autre part, et depuis longtemps, on sait, par des expériences précises, que les boissons alcooliques diminuent le rendement et encore plus la précision. Les enregistrements mécaniques font justice de l'opinion contraire de l'intéressé dont l'optimisme est, comme nous l'avons vu, un des premiers effets de l'intoxication.

Ces résultats auraient d'ailleurs pu être prévus si l'on se souvient à quel point les sportifs se méfient, et à juste titre, de l'alcool, et que les peuples qui fournissent les meilleurs travailleurs sont sobres ou même abstinents.

Cette étude des éléments psychologiques nous fait déjà prévoir que les méthodes éducatives devront jouer un grand rôle dans la lutte anti-alcoolique.

L'ÉCHEC DE 70 ANS DE PERSUASION

Ce que l'on sait de l'homme en général et du Français en particulier impose la conclusion que l'on ne pourra l'empêcher de s'empoisonner avec l'alcool que s'il est vraiment persuadé qu'il s'empoisonne et qu'il a tort de le faire. Les moyens de persuasion sont donc au premier plan de la lutte anti-alcoolique. Sans eux, rien ne peut être fait. Reste à savoir si, à eux seuls, ils peuvent donner le résultat cherché.

Notons de suite que la persuasion sera d'autant plus efficace que les habitudes alcooliques du sujet seront moins anciennes. Ici encore, il sera plus facile de prévenir que de guérir ; plus facile de persuader un sujet qui n'a pas encore goûté à l'alcool de ne pas en faire l'expérience, que d'inciter un ivrogne à renoncer à son vice.

On concevra, après ce que nous avons dit de l'alcoolisme de l'enfance, que cela soit, dans nos régions, une opportunité assez rare.

Quoi qu'il en soit, c'est sur l'enfant et l'adolescent qu'il faut surtout chercher à agir.

Dans ce cas, comme dans tout autre, il faut distinguer les moyens d'action en moyens collectifs et

moyens individuels. Nous appelons moyens collectifs, les campagnes de presse, les conférences, les cours professés dans les diverses écoles. Ils ont tous le même inconvénient. L'auditeur, prévenu du but du conférencier ou de l'écrivain, se met en défense et répond au parti-pris supposé du propagandiste par un parti-pris opposé. Enfin, les arguments choisis pour toucher le plus de gens possible ne portent profondément chez personne.

Il n'en est plus de même dans la propagande individuelle. Là, l'auditeur sait et sent que l'on s'intéresse à lui ; aussi, plus il y aura d'intimité entre les interlocuteurs, plus le résultat a des chances d'être important.

Dans l'enfance, ce sont les éducateurs professionnels, et l'instituteur en tête, qui auront le rôle le plus important, au moins dans la propagande collective. Depuis longtemps, des leçons sur l'alcoolisme sont prévues dans l'enseignement. Mais de telles leçons, par la force des choses, sont espacées. L'impression qui, sur le moment, peut être vive, ne tarde pas à s'effacer. A la tentation alcoolique qui est de tous les jours, il faut opposer une propagande quotidienne. L'éducateur devra prendre tous les prétextes pour mettre en lumière, en quelques mots, les méfaits de l'alcool. Que ce soit dans l'enseignement de l'hygiène, de la morale, même de l'histoire, que d'occasions de montrer ces conséquences néfastes de l'alcool. On en parlera à propos du sport, et les faits-divers, hélas ! ne manquent pas, qui apportent des

preuves saisissantes aux affirmations du maître. Mais combien plus durable sera le résultat lorsque l'instituteur pourra prendre une influence personnelle sur tel ou tel de ses élèves.

Mais il ne faut pas se dissimuler que si l'exemple de la famille contredit l'enseignement à l'école, c'est le premier qui a le plus de chances de triompher. Nous avons vu les difficultés auxquelles peut se heurter un instituteur, même lorsqu'il se contente d'imposer la sobriété à ses élèves pendant qu'ils sont confiés à sa garde.

D'ailleurs, pour beaucoup, la période scolaire est courte, et bientôt, les jeunes gens subiront une terrible pression de la part de leurs camarades parmi lesquels sévit le plus souvent la gloriole de « bien boire ».

Il faut donc obtenir une collaboration de la famille. Même si le père tient trop pour lui-même à ses habitudes, il n'est pas impossible de lui faire comprendre l'intérêt qu'ont ses enfants à ne pas l'imiter. C'est ici que l'influence du prêtre devient particulièrement utile, son autorité pouvant plus facilement persuader les parents de la grave responsabilité morale qu'ils prendraient en alcoolisant leurs enfants. Mais pour que le clergé puisse lui-même assumer ce rôle, il faudrait qu'il fût mieux informé, et cela de préférence dès le séminaire.

Sur les jeunes gens et les adultes, il est beaucoup plus difficile d'exercer une influence. Les tracts sont lus de peu de gens, et la plupart du temps, oubliés

aussitôt. L'effet heureux d'une conférence sera perdu bien longtemps avant que le conférencier puisse songer à revenir. Pour les adultes, le seul moyen collectif efficace est la presse. Nous avons tous pu constater avec quelle facilité une campagne de presse réussit à convaincre un pays tout entier de contre-vérités manifestes.

La Presse serait donc une arme excellente si elle voulait bien accepter de faire une campagne contre l'abus du vin ou même de l'eau-de-vie, ce qu'elle ne fera jamais de bon gré. Et quand je dis une campagne, je ne veux pas parler d'un ou de deux articles par an, articles judicieux mais oubliés du lecteur trois jours après. Quand un consortium de journaux veut faire vendre un fruit exotique ou, moins innocemment, préparer un peuple à une guerre, ce n'est pas une fois par an qu'il nous entretient du fruit choisi ou de l'adversaire désigné. Tous les jours, ou au moins chaque semaine, le sujet est abordé sous un angle nouveau. Bien souvent, on suggère au lieu d'affirmer. Parfois même, on contredit, mais avec une si habile maladresse que l'opinion que l'on veut répandre s'en trouve renforcée. D'innombrables informations, en apparence très neutres, concourent à produire sur l'esprit du lecteur l'impression cherchée. Nous pouvons dire hardiment qu'une telle campagne n'a jamais été faite, au moins en France, et qu'elle ne sera jamais faite si les journaux ne sont pas contraints d'accepter, une ou plusieurs fois par semaine, des articles, des entrefilets, des faits-divers

commentés, le tout rédigé par un organisme de propagande anti-alcoolique. Organisme qui, à notre avis, devrait être régional pour obéir à ce principe d'individualisation des arguments qui nous paraît capital dans toute tentative de persuasion.

C'est pourquoi l'action du médecin nous paraît être particulièrement efficace. Chacun d'entre nous a présent à la mémoire un certain nombre de sauvetages d'alcooliques dus à notre action personnelle. Mais il s'agissait presque toujours de cas au début ; le médecin ne peut pas grand'chose pour les cas avancés et, en fait, l'immense majorité des alcooliques échappe à son influence.

Il semble donc que les méthodes d'éducation et de persuasion nous offrent de grandes possibilités pour entreprendre la lutte contre l'alcoolisme. Nous avons perdu un peu de cette illusion en feuilletant les publications de la Ligue nationale contre l'alcoolisme. Fondée en 1872, reconnue d'utilité publique en 1880, c'est donc depuis plus de 70 ans que cette société, appuyée par les plus hautes autorités morales, a combattu incessamment par la propagande, le fléau de l'alcoolisme. Tous les moyens que nous avons passés en revue, elle les a employés, exceptée la grande presse ; nous avons déjà expliqué pourquoi. La Ligue avait, en particulier, obtenu la collaboration de plus de 3.000 instituteurs, et les 2.000 sections cadettes des écoles ne groupent pas moins de 65.000 enfants ayant pris l'engagement de s'abstenir de tout spiritueux. Et cependant, malgré quelques belles victoires

comme la suppression de l'absinthe, on peut dire que ce gigantesque effort, non seulement n'a pas obtenu la régression du mal, mais qu'il n'a pas même pu l'empêcher de s'aggraver.

QUELLES SONT DONC LES CAUSES DE CET ÉCHEC ?

La propagande de la Ligue s'est évidemment heurtée à l'obstacle sur lequel toute propagande faite à visage découvert : le refus de lire, le refus d'écouter des arguments que l'on suppose forgés pour des besoins de la cause.

C'est ce même phénomène qu'a rencontré la propagande religieuse parmi les incroyants. La vue du prêtre mettait en défiance ; on ne l'écoutait pas, ou si on l'écoutait, on ne le croyait pas. Mais tout changea lorsque naquit l'idée de l'apostolat par le milieu. L'ouvrier se laissa convaincre par son camarade l'ouvrier, l'étudiant par l'étudiant. Pareille méthode doit être, à notre avis, employée dans la lutte anti-alcoolique. Il faut, à l'école, dans les groupements de jeunesse, former quelques apôtres qui, chacun dans leur milieu de travail, exerceront une influence lente et sûre prolongeant l'action de la conférence, faisant lire le tract ou le remplaçant.

Mais l'évolution des idées que l'on peut espérer de cette offensive de persuasion demandera des années. Il est même probable qu'elle ne se fera pas si on ne nous donne pas les moyens de désarmer la contre-propagande des intérêts. Et puis nous n'avons pas le

temps d'attendre pour sauver tous les enfants exposés dans le milieu familial. Il va donc être nécessaire de recourir à la contrainte sous forme d'une réglementation au moins temporaire de la vente et de la consommation des boissons alcoolisées.

L'EMPLOI DE CONTRAINTE ET DE REGLEMENTATIONS

DANS LA LUTTE ANTIALCOOLIQUE

I. - LA PROHIBITION TOTALE : L'EXPERIENCE AMERICAINE

Puisqu'il est avéré que la persuasion seule ne suffit pas, nous ne disons pas à faire disparaître, mais même à empêcher de croître l'alcoolisme, il est certain que l'Etat va devoir employer la contrainte sous forme d'une réglementation de la consommation des boissons alcooliques.

La mesure la plus radicale sera évidemment l'interdiction de la vente et de la consommation de toute boisson alcoolisée, quelle que soit la faiblesse de son degré.

L'exemple le plus fameux de cette prohibition totale reste l'expérience des Etats-Unis qui a fourni, par son échec, un gros argument aux adversaires de toute réglementation.

Il est donc nécessaire de scruter d'un peu plus près les conditions dans lesquelles fut faite cette expérience, ainsi que les raisons qui en motivèrent l'abandon.

La Prohibition, déjà réalisée partiellement en 1918 (War time prohibition), fut complétée et rendue légale par le 18^e amendement à la Constitution, dit amendement Volstaed qui, voté le 16 janvier 1919, entra en vigueur le 16 janvier 1920. Mais il faut noter que la prohibition avait été, dès 1858, appliquée dans l'Etat du Maine, que, pendant la guerre de Sécession, le nord était pour la prohibition et le sud contre, que, dès 1916, 19 Etats étaient acquis à la Prohibition. La loi n'était donc que l'aboutissement d'un mouvement fort ancien. L'erreur fut sans doute de généraliser l'application de ces mesures à des populations mal préparées et surtout sans chercher à ménager en rien les immenses intérêts qui allaient se trouver lésés.

Et pourtant, il est certain que les premiers effets de la réforme furent excellents. H.-H. Krasnoff, ex House surgeon de l'Unity Hospital de New-York, dans une thèse très documentée (Paris, 1931), le prouve avec, à l'appui, des chiffres tirés en particulier des statistiques de compagnies d'assurance.

Les adversaires de la prohibition eux-mêmes sont obligés de convenir qu'elle eut aussitôt pour conséquence l'augmentation du pouvoir d'achat des masses, un meilleur rendement dans les usines, une diminution du nombre des accidents de travail, enfin une diminution de la mortalité générale, portant en particulier sur la mortalité infantile (ce dernier fait, un peu surprenant au premier abord, s'explique à la réflexion. La mort ne frappe, en général, les alcooliques qu'après bien des années; la pro-

hibition ne pouvait sauver les vieux intoxiqués ; il ne faut pas s'étonner qu'elle n'ait pas diminué, même en dix ans, le nombre des cirrhoses. En revanche, il est logique que des parents mieux portants aient procréé des enfants plus résistants et qu'ils les aient mieux soignés.)

Mais si l'amélioration ainsi obtenue se maintint dans certains Etats, elle fut bientôt masquée et annihilée dans l'ensemble du pays par suite du développement inouï de la fraude.

Il n'est pas besoin de s'appesantir sur ce phénomène largement popularisé par le cinéma et la presse, ainsi que sur ses deux corollaires, la criminalité et la corruption. Mais n'est-il pas troublant de constater que cette réaction ne fut pas immédiate, loin de là, ce qui porte à mettre fortement en doute sa spontanéité. On ne se trouva pas en face d'une nouvelle armée du crime formée de buveurs déçus, mais d'entreprises nouvelles de l'ancienne pègre devenues particulièrement avantageuses, parce que grassement rémunérées par les producteurs et les consommateurs. L'initiative vint donc avant tout des premiers qui, représentant des intérêts immenses, ont pu, en même temps qu'ils finançaient les entreprises des gangsters, déployer un effort de propagande considérable qui a fini par masquer les bienfaits réels de la loi et en entraîner la révocation.

Enfin, en dehors des obstacles que la prohibition complète serait appelée à rencontrer dans n'importe quel pays, certaines causes d'échec étaient particu-

lières aux Etats-Unis : outre l'importance de la criminalité en tous temps (attribuable peut-être à la forte proportion de « têtes brûlées » dans l'immigration primitive), il faut noter l'immensité du territoire, la longueur de ses frontières maritimes et terrestres, et, plus que tout, la diversité de la législation des Etats, rendant illusoire souvent l'application des mesures de réglementation et même la surveillance de la police fédérale, contrariée dans son action par la police locale.

Ces réserves faites, il n'en reste pas moins que la prohibition totale apparaît comme une mesure excessive dont la rigueur inutile dépasse le but et ne saurait être acceptée par le tempérament français. Nous devons retenir de cette expérience qu'il faut laisser au consommateur l'usage des boissons faiblement alcoolisées, afin qu'il ne soit pas tenté de rechercher des produits de fraude infiniment plus toxiques, et surtout que tout système de réglementation ne sera acceptable que s'il prévoit de nouveaux débouchés pour les produits que l'on désire soustraire à la consommation nationale. Faute de quoi, d'immenses intérêts se dresseraient contre la réforme et la briseraient.

II. - PROHIBITIONS PARTIELLES ET RÉGLEMENTATIONS

On peut citer comme exemple de prohibition partielle, celle de l'absinthe pendant et à la suite de la guerre de 1914-1918. L'effet en a été passagèrement utile et aurait continué à se manifester sans la com-

plaisance des Pouvoirs Publics qui ont laissé vendre des succédanés presque aussi dangereux tels que les Anis, Picon et Pastis.

Le gouvernement du Maréchal Pétain a donc pris une mesure très utile en interdisant cette fois tous les apéritifs titrant 16° et plus, ceux qui renferment plus d'un demi-gramme d'essence par litre, et en limitant à quatre jours par semaine la vente des autres.

Mais ces mesures ne seraient efficaces que si l'alcoolisme n'était dû qu'aux apéritifs ; or, c'est le contraire dans notre région. D'autre part, nous avons pu remarquer une tendance à remplacer les apéritifs par les eaux-de-vie et liqueurs.

Une prohibition partielle sera donc toujours impuissante à faire disparaître l'alcoolisme.

Parmi les autres mesures législatives, il faut citer le monopole de l'alcool. Théoriquement, la distribution des boissons alcoolisées étant entièrement faite par l'Etat, l'abus devient impossible. Mais, en fait, comme on l'a vu en Russie, du jour où l'Etat devient vendeur, il fait tous ses efforts pour accroître la vente afin d'augmenter ses recettes.

Le système suédois, dit de Gothenbourg, semble au contraire avoir remporté un succès complet. Ici, l'Etat ne vend pas, mais contrôle une société par actions qui a seule le droit d'acheter en gros ou de revendre au détail les boissons alcoolisées. Le débitant n'a pas d'intérêt à pousser à la vente, car tout bénéfice dépassant un certain chiffre revient intégralement à l'Etat. Enfin, la consommation à domicile est limitée

par une carte individuelle qui peut être retirée si le possesseur commet des abus. Les résultats ont été, ici, magnifiques, comme d'ailleurs dans tous les pays scandinaves où pourtant l'alcoolisme faisait de terribles ravages avant l'instauration de ces mesures.

En France, les mesures prises étant certainement insuffisantes, il est nécessaire de les compléter, mais comment ?

Les médecins, et avec eux la plupart des sociologues, sont d'accord sur un premier point : il faut supprimer complètement et sans esprit de retour le privilège des bouilleurs de cru qui prête à toutes les fraudes, même avec la récente modification. Que l'on doive récompenser l'effort du paysan, cela est certain, mais que l'on trouve pour cela un moyen autre que celui qui détruit sa santé et celle de sa descendance.

Le professeur Roger, de Marseille, dans un article, par ailleurs remarquable, insiste sur la réduction du nombre des débits. Il est certain que ce nombre est scandaleux (10 débits pour une boulangerie à Nantes). Dans certaines voies, en ville, on trouve un débit toutes les deux ou trois maisons ; et à la campagne, presque tous les commerçants annexent un débit à leur commerce principal.

Une première mesure peut être prise sans rencontrer une grande opposition : l'interdiction absolue d'ouvrir un seul nouveau débit.

Supprimer ceux qui existent peut paraître plus difficile. Un décret récent dit que l'on respectera les

droits acquis. On ne voit pas très bien pourquoi, alors que l'on n'a pas respecté les droits des petits rentiers propriétaires qui ne faisaient de mal à personne.

A notre avis, toutes les fois qu'un débit est annexé à un autre commerce (autre qu'un restaurant), il doit disparaître ; il a là une forme de cumul qui, en notre temps, ne doit plus être toléré. D'ailleurs, la plupart des débits ainsi visés ne sont que des arrières-boutiques, de sorte de couloirs malsains sans air ni soleil. Un cube d'air et une insolation suffisante doivent être exigés de toute salle de réunion et cela permettra de faire encore disparaître un assez grand nombre de ces « caboulots ».

Nous ne croyons pas qu'il soit nécessaire de pousser les choses plus loin. La suppression des cafés est impossible ; il faut quelque chose pour accueillir les hôtes de passage. Et tant que les taudis n'auront pas disparu, on ne peut se passer de ces « salons du pauvre ». Il faut seulement y pourchasser sérieusement l'ivresse par des brigades spéciales de police qui, au lieu de se faire payer à boire par le cafetier, l'obligeront réellement à appliquer les lois.

Mais l'ivresse n'est qu'une petite partie de l'alcoolisme et pour cette raison, l'offensive contre le « bistrot » respectant l'alcoolisme à domicile est incapable à elle seule de procurer le résultat cherché qui est la restriction de la consommation individuelle en quel-qu'endroit qu'elle se produise.

C'est le résultat que cherchait à obtenir le docteur Perrin en proposant l'institution d'une carte de vin. On a objecté qu'une carte ne se concevait que pour une marchandise rare ; lorsqu'il y a surabondance, elle devient un moyen de prohibition déguisée incitant à la fraude et nécessitant d'innombrables fonctionnaires.

D'ailleurs, une carte de boissons alcooliques laisserait intact l'alcoolisme du producteur, si répandu dans notre région. C'est donc à la production qu'il faut atteindre, en France, l'alcoolisme.

Une mesure a été proposée qui agirait dans ce sens : l'arrachage des vignes. Que faut-il en penser ?

Il est certain que, tentés par un revenu avantageux, les cultivateurs français ont étendu exagérément la culture de la vigne aux dépens de productions plus nécessaires pour lesquelles nous devenions tributaires de l'étranger, comme nous sommes en train d'en faire l'amère expérience. Mais il n'en reste pas moins que vignes et pommiers constituent une des principales richesses de la France dont la destruction serait absurde et soulèverait d'ailleurs des résistances analogues à celles qui ont ruiné l'expérience américaine.

Que l'on supprime, si l'on veut, les plants de mauvaise qualité, tel l'exécrable Noah. Pour la pomme comme pour le raisin, que l'on recherche la qualité qui, avec une production moindre, donnerait un revenu égal.

En réalité, une réglementation efficace devra obtenir deux résultats :

1° Ne laisser à la disposition du producteur que la quantité raisonnablement nécessaire à la consommation familiale.

2° Ne répartir entre les consommateurs que des quantités inférieures à celles qui pourraient leur nuire.

Or, adversaires et partisans du vin tombent d'accord sur ce fait qu'au-dessus d'un litre quotidien, celui-ci devient nocif. Nous aurons donc là une base d'appréciation.

Le monopole d'Etat s'étant avéré désastreux, la seule méthode nous paraît être de constituer de grandes coopératives régionales soumises à une surveillance stricte. Chaque récoltant devra y entreposer la totalité de sa récolte à l'exception des quantités réservées à sa consommation familiale. Ces quantités seront fixées, comme pour les non-récoltants, à un litre par jour pour les travailleurs adultes, trois quarts de litre pour les travailleurs non manuels, les femmes et les jeunes gens au-dessus de douze ans. Nous ne voyons que des inconvénients à donner du vin aux enfants plus jeunes.

C'est pour cette répartition qu'interviendra la carte de boissons alcoolisées. Connaissant ainsi les besoins de tout le pays, par région, l'organisme de contrôle décidera les quantités que les coopératives seront autorisées à jeter sur le marché intérieur chaque année. Parmi le surplus, une partie aura pu être exportée ;

les crus de valeur seront conservés ; quant aux vins médiocres, réserve faite d'une petite provision pour parer à l'insuffisance de la récolte suivante, tout le surplus devra être distillé pour l'usage industriel (qui devra être encouragé, car il est plus avantageux d'utiliser un carburant national plutôt que de faire des importations coûteuses). Précisons qu'aucun alcool industriel ne devra aller à la consommation. N'était-il pas scandaleux que d'immenses quantités de blé et de sucre aient été ainsi consacrées à empoisonner la race, alors que tant de gens manquaient du nécessaire.

Certains prétendront que notre projet ne respecte pas les droits du producteur. C'est une plaisanterie ; s'il y avait, en France, quantité de producteurs de pavots, serions-nous alors obligés de laisser libre la vente de l'opium ?

Pourquoi, d'ailleurs, le cultivateur aurait-il le droit d'empoisonner sa famille et lui-même avec le produit de sa vigne, alors que depuis quelques années, *il ne lui est pas permis de faire son pain avec son propre blé*, ce qui n'avait pourtant pas des conséquences aussi graves.

D'ailleurs, et les représentants des producteurs s'en sont eux-mêmes avisés, le raisin et la pomme sont susceptibles d'être utilisés de bien des façons : confitures, jus non fermentés, sucre de fruit. L'excédent de production pourra ainsi être résorbé sans que l'alcoolisme continue à ravager le pays, mais tout

en respectant les intérêts *légitimes* (1) du producteur et du commerçant.

Un projet de réglementation susceptible d'obtenir ce résultat fera l'objet de notre prochain chapitre.

(1) Nous n'appelons pas intérêts légitimes les bénéfices que retirent certains marchands de vins d'un tripatrouillage éhonté qui va jusqu'à créer de toutes pièces d'infames boissons qui n'ont de vin que le nom.

PROJET DE RÉGLEMENTATION DU COMMERCE DES BOISSONS ALCOOLISÉES

A. - MESURES CONCERNANT LES DEBITANTS ET MARCHANDS DE VINS

1° L'ouverture de tout nouveau débit de boissons est interdite.

2° La licence de vendre des boissons alcoolisées sera immédiatement retirée à quiconque exercera, dans le même local ou un local contigu, un autre commerce (excepté celui de restaurateur).

3° Cette licence sera également retirée et l'établissement fermé toutes les fois que le local ne présentera pas des conditions hygiéniques suffisantes.

4° Est interdite la vente par les débiteurs de toute boisson titrant plus de 16 degrés d'alcool ou renfermant plus d'un demi-gramme d'essence par litre.

5° Débiteurs et commerçants en vin ne pourront délivrer de boissons alcoolisées que sur présentation de la carte de consommation et en échange du nombre

de tickets correspondant strictement à la quantité livrée.

6° Débitants et commerçants ne pourront se réapprovisionner chez les grossistes et dans les coopératives qu'en échange des tickets reçus par eux de leurs clients.

B. - MESURES CONCERNANT LES PRODUCTEURS

1° Tout fabricant de boissons alcoolisées doit borner sa fabrication aux boissons titrant au plus 16° d'alcool.

2° Les eaux-de-vie ne pourront, en aucun cas, être fabriquées à domicile, mais devront être distillées sous le contrôle de l'Etat qui en réglera la quantité. Ces eaux-de-vie devront être aussitôt entreposées sous le même contrôle.

3° En ce qui concerne le vin, le cidre, le poiré, la bière, le producteur ne pourra conserver à son domicile qu'un quart en plus de la consommation annuelle des membres de la famille et des employés dont il assurerait d'une façon régulière la nourriture.

4° Le surplus de la fabrication devra obligatoirement être entreposé dans une coopérative régionale, où ces produits recevront les soins nécessaires, mais où les entrées et sorties seront contrôlées par l'Etat.

5° Les sorties de l'entrepôt coopératif devront toutes être justifiées par la présentation d'un nombre correspondant de tickets ou plus commodément par

un certificat équivalent, exception faite pour les quantités exportées, à justifier par un autre procédé.

6° A la fin de l'année, c'est-à-dire un peu avant la récolte, tout ce qui, dans le reliquat de l'année précédente, ne sera pas susceptible de conservation devra être distillé et l'alcool produit, utilisé exclusivement pour l'industrie.

7° La quantité d'eau-de-vie de consommation que la coopérative sera autorisée à produire, strictement limitée, ne pourra être vendue que contre présentation de tickets. Les producteurs auront droit à la remise d'une quantité en rapport avec le nombre des membres de leur famille, contre le simple paiement de leur part des frais de distillation et d'entrepôt.

C. - MESURES CONCERNANT LE CONSOMMATEUR

1° Chaque individu de plus de douze ans peut obtenir un demi-litre de vin par jour.

2° Aurent droit à un supplément quotidien d'un quart de litre les travailleurs non manuels, les femmes et les jeunes gens de 13 à 20 ans travailleurs manuels.

3° Aurent droit à un supplément quotidien d'un demi-litre de vin les travailleurs manuels.

4° Les individus âgés de 20 ans au moins auront droit au supplément mensuel d'un litre de vin de liqueur à 16° ou à un demi-litre d'eau-de-vie ou de boisson équivalente ne renfermant pas plus d'un demi-gramme d'essence par litre.

5° Chaque consommateur recevra une carte de boissons alcoolisées. Cette carte (qui pourra être retirée en cas d'ivresse récidivante) donnera droit à des tickets.

6° Les boissons alcoolisées ne pourront être obtenues du commerçant ou du débitant qu'en échange de ces tickets, chacun d'eux répondant à un quart de litre de vin de 8 à 11°, à une quantité double de cidre à 6°, et à une quantité à fixer par un règlement spécial dans tout autre cas particulier.

7° Les eaux-de-vie et liqueurs autorisées ne pourront en aucun cas être délivrées au détail (1).

REMARQUE. — On nous objectera que notre règlement et en particulier l'usage de cartes et de tickets constituera une gêne supplémentaire pour le consommateur. C'est incontestable ; aussi proposons-nous de mettre d'abord en vigueur les mesures concernant les commerçants et les producteurs, à l'exception des 5° et 6° de A et de 5° de B remplacé provisoirement par un autre moyen de contrôle. Le but essentiel qui est de diminuer la consommation sera atteint. Si tout se passe bien, ou pourrait donc en rester là, mais nous craignons qu'alors les tickets deviennent nécessaires pour obtenir une répartition équitable.

(1) Ceci afin d'éviter qu'elles ne soient consommées entre les repas en remplacement des apéritifs comme cela se produit actuellement.

D. - MESURES CONCERNANT
LES ALCOOLIKES INVETERES

Dans un délai de 2 ans à partir de la promulgation de ce règlement, chaque département (ou chaque région) devra avoir organisé un centre de traitement et d'hospitalisation pour les buveurs. Ce centre devra comprendre un service ouvert pour les placements d'office. Tout alcoolique dont l'état mental s'avère dangereux pour sa famille ou la société devra être placé dans une maison de buveurs, *sans attendre qu'il ait commis un crime*, et y être maintenu autant qu'il sera nécessaire ; toute sa vie, s'il est inaméliorable. Ce n'est pas parce qu'un criminel est irresponsable qu'il faut lui laisser toute facilité pour commettre de nouveaux crimes, ce qui est la conséquence habituelle de la législation actuelle.

CONCLUSIONS

A. - L'ALCOOLISME EN LOIRE-INFERIEURE

1° Dans la région nantaise, l'alcoolisme est en progression constante.

Les statistiques hospitalières montrent qu'il est la cause unique de 12 à 20 % des hospitalisations. Mais les deux tiers des hommes et un tiers des femmes présentent des signes d'alcoolisme, quelle que soit la cause de leur hospitalisation.

2° Les vrais malades ne représentent qu'une bien petite partie des victimes de l'alcool ; chez les buveurs d'habitude, qui sont légion, on rencontre une altération constante de l'état mental caractérisée surtout par une diminution du sens moral et une libération des instincts.

3° Les enfants des buveurs sont le plus souvent des dégénérés. Beaucoup d'entre eux sont emportés par les maladies infantiles et la tuberculose. Chez ceux qui survivent, l'alcoolisme acquis est précoce ; les parents incitant leurs enfants à boire.

4° L'alcoolisme, en minant le terrain, favorise et aggrave toutes les maladies. C'est surtout vrai pour la tuberculose dont les poussées sont favorisées par

l'intoxication. Lorsque celle-ci est profonde, la guérison est impossible à obtenir.

5° Dans la région nantaise, l'alcoolisme est à peu près exclusivement dû au vin.

Ce fait doit être attribué aux quantités élevées qui sont consommées, atteignant facilement 4 litres, 6 litres, plus rarement 8 litres par jour.

6° L'alcoolisme campagnard est dû à ce que le récoltant, conservant chez lui tout le vin qu'il n'a pas vendu, a pris l'habitude d'en boire à tout moment de la journée et sans compter.

B. - LA LUTTE ANTIALCOOLIQUE

1° Toute lutte anti-alcoolique se heurte :

- a) à l'intérêt d'une foule de producteurs et de commerçants ;
- b) à la gloriole de bien boire et à l'idée que le vin est nécessaire à l'effort physique.

2° Contre les éléments psychologiques, il faut lutter par l'éducation, donc par l'école avant tout, par la propagande dans les mouvements de jeunesse, par la Presse qui devra entreprendre une campagne permanente contre le fléau.

3° En attendant les résultats de ces moyens de persuasion, et pour en renforcer l'action, il sera nécessaire d'imposer une réglementation réduisant la consommation individuelle.

4° La prohibition totale n'est pas nécessaire ; heurtant trop d'intérêts, elle soulèverait d'ailleurs une véritable révolte.

5° Pour lutter contre l'alcoolisme des producteurs, il devra ne leur être laissé que la quantité nécessaire à leur consommation familiale.

6° Le reste sera entreposé dans des coopératives. Celles-ci ne pourront livrer que des quantités proportionnées aux besoins des consommateurs calculés à raison d'un litre par jour pour un travailleur adulte, un peu moins pour les sédentaires, les femmes et les jeunes gens.

7° Pour utiliser l'excédent de récolte, on encouragera la transformation des fruits en produits non fermentés, confitures, sucres et jus de fruits. Le vin restant au moment de la récolte suivante sera obligatoirement distillé pour l'utilisation industrielle.

8° Le privilège des bouilleurs de cru sera totalement et définitivement aboli et la consommation d'eau-de-vie sévèrement réglementée, même pour les producteurs.

9° Des maisons de buveurs seront organisées dans tous les départements, avec des services ouverts pour le traitement des malades curables et des services fermés pour la détention des sujets dangereux ou inaméliorables.

1° Parallèlement, la lutte contre les taudis sera

entreprise sans considération des intérêts particuliers.

Une meilleure éducation des futures ménagères tendra à rendre le foyer plus attirant pour l'homme et les jeunes gens.

L'utilisation intelligente et hygiénique des loisirs sera également réalisée grâce à des méthodes éducatives appropriées.

11° Les débits devront être conservés en tant que lieu de réunion, mais leur nombre sera fixé proportionnellement au nombre des habitants. Pour les ramener à ce chiffre, on supprimera d'abord tous ceux dont les locaux sont insuffisamment salubres, tous ceux qui sont annexés à un autre commerce (qui ne serait pas un restaurant).

Une police spéciale fera des rondes fréquentes dans ces débits afin d'y faire enfin respecter les lois sur l'ivresse, ainsi que les nouvelles restrictions apportées à la vente des boissons alcoolisées.

VU : *Le Doyen,*

A. BAUDOUIN.

VU : *Le Président de Thèse,*

LÉON BINET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

*Le Doyen de la Faculté des Sciences
chargé des fonctions de Recteur
de l'Académie de Paris,*

MAURAIN.

BIBLIOGRAPHIE ⁽¹⁾

- ARONDEL. — L'alcoolisme et les enfants. (*Gazette Médicale de Nantes*, juin 1939, p. 302.)
- AUVIGNE et PERRIN. — L'alcoolisme des buveurs de vin en Loire-Inférieure. (*Académie de Médecine*, 22 oct. 1940.)
- BARBIER et JACQUIS. — L'alcoolisme à l'hôpital. (*Lyon Médical*, 18 juin 1939, p. 719.)
- BARTHE (René). — Alcoolisme et personnel d'une entreprise. (*Annales d'Hygiène*, décembre 1938.)
- BERTILLON (Jacques). — Alcool et phtisie. (*Archives d'Anthropologie criminelle*, 1910, p. 202.)
- BOUJU (Th.). — A propos de l'enquête sur l'alcoolisme dans les hôpitaux. (*Normandie Médicale*, juillet 1938, p. 222.)
- CORMAN. — L'alcoolisme mental; son importance médico-sociale. (*Gazette Médicale de Nantes*, juin 1939, p. 297.)
- DÉFOSSÉS. — Le bilan d'une utopie. (*Presse Médicale*, 22 août 1934.)
- DELORE et DEVANT. — Sur la proportion des cas d'alcoolisme chez les malades d'un service hospitalier. (*Lyon Médical*, 18 juin 1939, p. 713.)
- DEVÉ. — Sur la recrudescence alarmante de l'alcoolisme chez les malades admis dans les hôpitaux. (*Normandie Médicale*, mars 1938.)
- DUVERGER. — Remarques sur l'hospitalisation des alcooliques. (*Gazette Médicale de Nantes*, juin 1939, p. 283.)
- FOURNEAU. — Communication à la Commission du Vin de l'Académie de Médecine. (In *Concours Médical*, 1940, p. 967.)
- JACQUET (Lucien). — La mortalité des débitants, (*Presse Médicale*, 1912, n° 23.)

(1) Une bibliographie complète de l'alcoolisme demanderait un volume. Nous n'avons cité que les ouvrages utilisés par nous.

- KRASNOFF. — La prohibition et la santé aux Etats-Unis. (*Thèse, Paris, 1931.*)
- LIÈGE. — Enseignements à tirer des expertises faites devant les conseils de réforme. (*Concours Médical, 22 déc. 1940.*)
- MALÈGUE (Mme Pouzin). — Rapport au *Congrès anti-alcoolique de l'Ouest*. Nantes, 5 mai 1919.
- Alcoolisme et tuberculose. (*Gazette Médicale de Nantes, juin 1939, p. 287.*)
- MARTIN. — Le vin naturel ; sa valeur dans la prophylaxie de l'alcoolisme. (*Thèse Bordeaux, 1933-34.*)
- PERRIN (Paul). — Rapport au *Sous-Secrétariat de la Santé Publique*, juillet 1940. (*Inédit.*)
- PICARD, PERRIN, HORVENO, CASSARD (M^{lle}) et BATY. — La fréquence croissante de l'alcoolisme comme cause d'hospitalisation. (*Gazette Médicale de Nantes, juin 1939, p. 279.*)
- PRUDON (Roger). — L'alcoolisme et les toxicomanies. (Paris, 1936, Editions Domat-Montchrestien.)
- RENAULT (X.). — La prohibition américaine. (*Thèse Paris, 1931.*)
- ROGER (Henri, de Marseille). — Prophylaxie sociale de l'alcoolisme. (*Monde Médical, 15 janv. 1927, p. 46.*)
- ROUSSEAU (André). — Alcoolisme et dispensaires. (*Gazette Médicale de Nantes, juin 1939, p. 292.*)
- SÉBILLEAU (Jules, de Nantes). — L'alcoolisme à la Clinique Médicale de l'Ecole de Médecine de Nantes (*Gazette Médicale de Nantes, juin 1939, p. 276.*)
- STOER. — Le sentiment de l'éthique chez l'alcoolique. (*Thèse Montpellier, 1934.*)
- TRIBOULET, MATHIEU (Félix) et MIGNOT (Roger). — Traité de l'alcoolisme. (Paris 1905, Masson, éditeur.)
- TRIBOULET et MIGNOT. — L'alcoolisme. (In *Traité de Médecine* de Roger, Widai et Tessier, T. VI, p. 247.)

